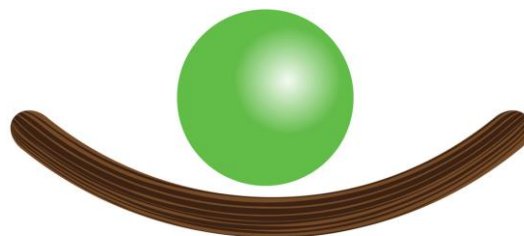


Hausarztpraxis am Schloss

Marianne Difflipp-Eppele
Fachärztin für Allgemeinmedizin
-Homöopathie-



8. Um welche chron. Krankheit handelt es sich: _____

9. Traten bei Ihnen bei bisherigen COVID-19-Impfungen oder anderen Schutzimpfungen außergewöhnlichen Impfreaktionen auf?

Nein

Ja

Einwilligungserklärung

Bei der heute geplanten COVID-19 Impfung handelt es sich um eine

Erstimpfung

Zweitimpfung 1. Impfung am: _____

Wiederholungsimpfung 2. Impfung am: _____

Ich hatte Gelegenheit das **aktuell gültige** Aufklärungsmerkblatt zur COVID-19-Impfung mit mRNA-Impfstoffen zu lesen .

(herunterzuladen unter:

<https://www.zusammengegencorona.de/downloads/?filter=corona-schutzimpfung>)

Ja

Ich wurde von der impfenden Ärztin/ dem impfenden Arzt ausreichend aufgeklärt und habe keine weiteren Fragen bezüglich der geplanten COVID-19-Impfung.

Ja

Bei Impfaktionen außerhalb der Praxisräume: Ich wünsche, dass mir die Praxis am folgenden Werktag ein Impfzertifikat ausstellt.

Ja

Ich willige in die Impfung ein.

Ja

Karlsruhe, den _____

Unterschrift Patient/-in

Unterschrift Arzt/Ärztin

Marianne Difflipp-Eppele
Fachärztin für Allgemeinmedizin
-Homöopathie-
Telefon 07 21 / 40 98 95 00
Telefax 07 21 / 40 98 95 01
E-Mail info@praxis-durlach.de
Web www.praxis-durlach.de